

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa/RS**

Geisy Caballeros Ruiz

Pelotas, 2015

Geisy Caballeros Ruiz

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Tatyara Feitosa Sampaio

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

R934m Ruiz, Geisy Caballeros

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa/RS / Geisy Caballeros Ruiz; Tatyara Feitosa Sampaio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sampaio, Tatyara Feitosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a meu esposo e filho, que embora estejam longe, sempre estão me apoiando e sacando de mim o maior empenho para lograr as minhas metas.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a minha equipe de trabalho pela dedicatória e ajuda, pelo trabalho em conjunto realizado ao longo dessas 12 semanas da intervenção, por ser companheiros de trabalho e amigos, e estar aí sempre para mim, e especialmente a minha orientadora, por ser minha dupla para a realização desse trabalho.

Resumo

Caballeros, Geisy. Melhora da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa/RS. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças de muita importância que devem ser controladas para evitar complicações irreversíveis. A Hipertensão é uma condição prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde como mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal, acidente cerebrovascular e outros. No caso da Diabetes Mellitus lidera com cegueira, doença renal, amputações de membros e aumento da mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. É muito importante destacar que os usuários portadores destas doenças tem muito pouco conhecimento das mesmas, então a dificuldade de um bom controle. Por isso a importância de realizar um trabalho de intervenção comunitária que tem como objetivo geral melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esse trabalho trata de uma intervenção realizada na Unidade de Saúde Júlio de Oliveira, em um período de 12 semanas, onde trabalha uma equipe de saúde integrada por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, três agentes de saúde, uma recepcionista e uma médica, que atende uma população de 5000 habitantes, que segundo o caderno de ações programáticas, o qual embasa os dados deste trabalho a estimativa do número de hipertensos é de 1119 e 320 diabéticos. A intervenção teve como resultado alcançar 186 usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 16,1% de cobertura de pacientes hipertensos e 16,6% de diabéticos, 100% dos pacientes com exame clínico e complementares em dia, prescrição de medicamentos da farmácia popular, estratificação de risco cardiovascular, realização de avaliação de atendimento odontológico, orientação nutricional e sobre prática de atividade física. Este trabalho de intervenção trouxe benefícios significativos para a comunidade, para o serviço e para a equipe, já que foi possível melhorar a cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários com diabetes e hipertensão, assim como uma melhor organização da equipe para os atendimentos destes usuários, dos registros de atendimento, com um maior controle da população alvo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Foto de atividade educativa na sala de espera	47
Figura 2	Foto de atividade educativa na sala de espera	48
Figura 3	Foto de palestra na sala de espera	48
Figura 4	Foto de acompanhamento dos usuários	49
Figura 5	Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes	50
Figura 6	Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes	50
Figura 7	Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes	51
Figura 9	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	54
Figura 10	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	54
Figura 11	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	56

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

1	Análise Situacional.....	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica.....	23
2.1	Justificativa.....	23
2.2	Objetivos e metas.....	25
2.2.1	Objetivo geral	25
2.2.2	Objetivos específicos e metas	25
2.3	Metodologia.....	28
2.3.1	Detalhamentos das Ações	29
2.3.3	Logística.....	47
2.3.4	Cronograma	51
3	Relatório da Intervenção	53
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	53
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados	58
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4	Avaliação da intervenção	59
4.1	Resultados	59
4.2	Discussão.....	67
5	Relatório da intervenção para gestores.....	69
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	73
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	75
	Referências	77
	Anexos	78

Apresentação

Neste trabalho o leitor encontrará um relatório composta por sete capítulos: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para a comunidade, relatório da intervenção para gestores e reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

A análise situacional trata-se da descrição do município com as suas estratégias para brindar um bom atendimento e estado de saúde à população, e sobre as características da unidade de saúde onde foi desenvolvida a intervenção, e do atendimento da mesma.

No segundo capítulo, a análise estratégica descreve os motivos para a escolha do foco, estrutura da UBS, importância da intervenção para a nossa comunidade, além dos objetivos gerais e específicos e as metas a alcançar no final da intervenção. São expostas e detalhadas as ações a desenvolver para alcançar as metas propostas e o cronograma para dar cumprimento as mesmas.

O relatório da intervenção trata-se sobre as ações previstas desenvolvidas e não desenvolvidas, e as justificativas das mesmas, além da possibilidade de incorporar algumas das ações na rotina de trabalho diária.

Na avaliação da intervenção foram descritos os resultados alcançados e os não alcançados conjuntamente com as justificativas, e a importância deste trabalho para a equipe, população, para o nosso serviço e as coisas que devem ser melhoradas para incorporar as ações da intervenção no nosso trabalho diário.

O relatório da intervenção para os gestores tratou sobre todas as ações da intervenção assim como os resultados, de forma brevemente detalhada, que foram explicados as ações propostos e alcançadas durante o período da intervenção.

No relatório da intervenção para a comunidade foi explicado de forma simples à importância da intervenção para a unidade, para a equipe e para a comunidade.

A última parte do trabalho tratou sobre a experiência da intervenção para mim, e sobre o meu processo de aprendizagem de lidar com uma língua desconhecida.

Este volume trata de uma intervenção comunitária realizada na UBS Julio de Oliveira, do município Santa Rosa.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Trabalho numa Unidade de Saúde que atende uma população de 4500 pessoas, fazendo atendimento de gestantes, crianças, idosos, usuários com doenças crônicas não transmissíveis, e população em geral, a equipe está formada por: uma médica, uma enfermeira, tres técnicas de enfermagem e quatro agentes de saúde. Através do Núcleo de Apoio á Saúde da Família temos atendimento na unidade de saúde do pediatra, a nutricionista, psicologa e dentista, o que ajuda muito o atendimento dos pacientes da comunidade, sem ter que se deslocar para outros locais para atendimentos especializados.

Achamos o serviço bem completo, os profissionais altamente capacitados e se esforçam a cada dia para dar o melhor serviço da população. Nós temos o agendamento de consultas através do sistema digitalizado, por que prescrevemos os tratamentos, indicamos testes, encaminhamos os usuários para outras especialidades, todos esses procedimentos vêm com data marcada e local de realização, esses outros profissionais não ficam tempo integral na unidade, tem consultas de programadas em cada semana no posto de saúde, e ainda fornece um serviço muito bom, ajudando a manter o melhor possível o estado de saúde dos usuários, também participam no grupo de diabetes, gestantes e psicoterapia que temos formado na unidade. O atendimento é muito bem organizado, com dia específico para cada tipo, por exemplo, exames, consultas idosos, consultas pré-natais, puericulturas têm um dia específico de agendamento , calculado para 10-12 atendimentos em cada turno de trabalho, que passam esse número, porque os usuários são atendidos em situações de emergência ou de urgência médica que

chegam ao serviço, onde são encaminhados para pronto socorro, além dos casos de sintomas respiratórios superiores ou inferiores, condições dolorosas, ou febres que também são vistos na unidade sem ser encaminhados para o hospital.

Essas consultas são chamadas avaliações ou acolhimento, as que são feitas pela médica ou enfermeira. As visitas domiciliares realizadas também são agendadas ou programadas uma vez por semana pela médica, juntamente com os agentes de saúde, para acamados ou semi acamados, ou qualquer condição que os impede de se mover em direção ao posto quando apresentar um problema de saúde, estas são bem organizadas e programadas de acordo com a gravidade da doença e taxa de assistência médica, nestas visitas são indicados exames de laboratório, se o usuário precisa, para o melhor diagnóstico de patologias, ou exames de controle das doenças crônicas não-transmissíveis, que são programados pelo laboratório para a coleta da amostra em casa, o que torna possível também muito melhor o atendimento do usuário.

É por todo o exposto antes que a estratégia de saúde da família é ótima para os cuidados primários de saúde, é um trabalho realizado em conjunto por muitos profissionais da saúde, tanto dentro como fora dos postos de saúde, muito organizado e individualizado, pois cada indivíduo tem suas próprias particularidades.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Santa Rosa tem uma população de 70 mil habitantes aproximadamente, os quais têm atendimentos nas Unidades de Saúde proporcionadas para cada um deles. Aqui o SUS está bem organizado, existem 17 UBS todas com ESF, onde é garantido um bom atendimento á população correspondente, todas elas têm profissionais de saúde que atendem no local de atendimento e outros que prestam atenção fora, é o caso de ginecobstetra, psiquiatra, pediatra e outros.

No município a Fundação de Saúde tem convênio com especialidades do nível secundário, para as quais são referidos os pacientes com problemas de saúde que não podem ser resolvido na Atenção Primária de Saúde, o que contribui a melhorar o estado de saúde de nossos usuários e proporciona uma atenção muito

mais completa. Os casos de usuários que precisam internação são referidos para os hospitais, dois deles têm convenio pelo SUS, aqui é garantida a internação, além de outras consultas especializadas, procedimentos cirúrgicos, o resto dos exames, como os laboratoriais, são realizados nos laboratórios, um dos laboratórios é da Fundação Municipal de Saúde, os outros 3 são do convênio, cada um deles têm agenda e o posto de saúde é o responsável do agendamento de exames dos pacientes que atende por meio do sistema digitalizado. Os quatro laboratórios têm disponíveis todos os exames que são necessários para diagnosticar ou confirmar diagnósticos de doenças, e os resultados dos mesmos ficam disponíveis em menos de 15 dias e em ocasiões em uma semana. O atendimento das urgências e emergências é realizado na UPA (Unidade de Pronto Atendimento), que faz pouco tempo foi .O município conta também com um CAPS um Centro de especialidades , e dois hospitais já descritos anteriormente como de referencia, que levam por nome Vida e Saúde e Hospital A Bosco.

A maioria das UBS do município encontra-se na zona rural,ou seja 16 UBS, só uma delas encontra-se localizada no centro do município. A UBS Júlio de Oliveira é uma das rurais, é uma unidade com ESF vinculada ao SUS, tem uma equipe de saúde integrada por 3 agentes comunitários, um dentista, este ultimo ainda não está realizando procedimentos odontológicos na unidade por não ter equipado o consultório odontológico, uma enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, um deles é o coordenador do posto e a médica. A unidade tem outros profissionais que não formam parte da equipe, mas oferecem atendimentos um dia por semana, como é o caso do educador físico, nutricionista, pediatra, psicólogo, e terapeuta ocupacional.

A UBS Julio de Oliveira, foi fundada em 11 de abril do 2013, é uma unidade rural bem estruturada, conta com uma sala de espera muito espaçosa onde os pacientes aguardam serem atendidos, 3 consultas médicas, uma recepção, uma sala de enfermagem, uma de curativos, 3 banheiros dos consultórios, sala de reuniões, cozinha, um consultório da enfermeira, um departamento de esterilização e um pátio que é utilizado como garagem. Na unidade não temos problemas para o bom atendimento da população relacionados com a estrutura da mesma, pois é uma unidade nova, que tem a melhor estrutura para garantir o melhor atendimento dos nossos pacientes.

A equipe de saúde tem 3 técnicas de enfermagem, as quais não conseguem realizar visitas domiciliares devido á grande demanda dos atendimentos diários, sendo isto negativo na atenção da saúde da população, já que o trabalho da atenção primaria é promover saúde e prevenir doenças, além disto a quantidade de agentes comunitários de saúde (ACS), uma delas com muita pouca experiência de trabalho, o que explica que não temos 100% da cobertura da população sendo acompanhada pelos ACS, que junto com o exposto anteriormente, condicionam limitações na atenção da saúde da população. Acredito que tudo isso pode ser resolvido, mas não só depende da equipe, é preciso a ajuda da gestão do município, porque só com a contratação de profissionais de saúde, teríamos um melhor atendimento e com muito mais qualidade. Os profissionais da equipe têm um bom relacionamento, discutem e colocam em prática ações para solucionar os problemas dos usuários, e para que cada um deles saia da unidade satisfeito.

Nossa população é grande, cobrimos um total de 4500 a 5000 indivíduos, deles menores de 1 ano corresponde um total de 60, menores de 5 anos 120, de 5 a 14 anos 742, de 15 a 59 anos 3277 e com 60 anos ou mais 685; em relação a divisão por faixa etária, 2921 são do sexo feminino e 1963 do sexo masculino. Considerando o tamanho da equipe, acredito que o tamanho da população atendida, é muito maior que a nossa capacidade de cobertura, que segundo a portaria da Atenção Básica nº 2488 de 2011, cada ESF deve cobrir uma população de até 4000 habitantes, sendo preferencialmente até 3000 habitantes.

Por isso a existência do excesso de demanda, devido a esta situação, a estratégia tomada pela equipe foi fornecer um dia de agendamento para grupos prioritários como idosos e usuários que moram no interior, devido á longa distância que têm que recorrer para conseguir atendimento médico, este agendamento dos moradores do interior é realizado por via telefônica, o resto das consultas são para usuários que não podem aguardar o agendamento e ficam para serem atendidos no outro dia, além disso, a equipe realiza atendimentos de problema de saúde agudos e que não têm consulta programada.

Nos casos com problemas de saúde muito graves que não podem ser resolvidos na unidade e que coloca em risco a vida do usuário, são encaminhados para a UPA, os que têm problemas de saúde menos graves são atendidos na unidade no momento, e o resto dos usuários que podem aguardar um pouco mais,

são agendados para consultar no outro dia. Essa foi a melhor estratégia que a equipe encontrou para resolver o excesso de demanda, porque só assim é possível prestar atendimento para todos os que precisam, logrando uma grande satisfação da população.

Na nossa Unidade de Saúde são desenvolvidas muitas ações, o atendimento é para toda a população das diferentes faixas etárias, e em todos os turnos do trabalho. São feitas consultas de puericultura até 3 anos de idade, cumprindo os protocolos do município. Conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP) temos um total de 60 crianças menores de um ano residentes na área, que estão todas cadastradas e acompanhadas na UBS, com 100% de cobertura. Das 60 crianças em acompanhamento 100% estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, nenhuma está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 100% realizaram teste do pezinho até sete dias, fizeram triagem auditiva, monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, avaliação de saúde bucal, estão com vacinas em dia, as mães foram orientadas para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, e 40 (67%) delas tiveram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida.

Estas consultas de puericultura são responsabilidade do médico e da enfermeira, em algumas situações essas crianças não têm consultas em dia, já seja pela alta demanda ou por mães faltosas às consultas, mas são poucas. Quando isto acontece a equipe agenda novamente outra consulta e os nossos agentes são os responsáveis de sair atrás dos faltosos e proporcionar as informações aos familiares ou mães, através desta ação é melhorado o atendimento e estado de saúde da nossa população em idade pediátrica.

As doenças agudas ou problemas de saúde são consultados pelo pediatra, também, através do agendamento realizado pela equipe, tendo em consideração a gravidade e urgência. Resumindo, a nossa cobertura do atendimento da criança é boa, porque a equipe conta com mais de um profissional dedicado ao mesmo, é um trabalho em conjunto, onde participa toda a equipe de saúde, que além dos atendimentos, realiza ações de educação em saúde, promoção e prevenção de doenças, dentro das quais temos a vacinação, teste do pezinho, orientação sobre o aleitamento materno e visita domiciliar às mães com maior dificuldade.

O acompanhamento de usuários com problema de saúde e grupos prioritários é o trabalho de cada dia da equipe de saúde, que tem a meta e a responsabilidade de brindar um atendimento qualificado à população, para conseguir isso a equipe desenvolve outras ações como o atendimento pré-natal, desde que é diagnosticada a gestação com o teste rápido de gravidez que a equipe oferece, ou com outros exames mais específicos, imediatamente é agendada a primeira consulta com a enfermeira para o início do pré-natal, dentro de no máximo uma semana. Todas as gestantes saem da unidade com os exames previamente agendados através do sistema digitalizado, com data, hora e laboratório, da mesma forma também com a primeira ecografia obstétrica, o acesso aos exames é também através do sistema, evitando que a paciente tenha que se deslocar até o laboratório para retirá-los. Quando liberados, os exames são analisados pela enfermeira em no máximo de dois dias, e se é necessário é chamada a gestante para consulta de rotina.

Segundo o caderno de ações programáticas o número estimativo de gestantes na área é de 75 mulheres, das quais 50 estão cadastradas e acompanhadas na UBS, o que representa 67% de cobertura da atenção pré-natal. Do total de gestantes acompanhadas 48 (96%) iniciaram o pré-natal iniciado no 1º Trimestre; 46 (92%) estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde e avaliação de saúde bucal; todas (100%) tiveram exames laboratoriais preconizados solicitados na 1ª consulta, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e orientação para aleitamento exclusivo; 47 (94%) estão com vacina antitetânica e contra hepatite B conforme em dia conforme protocolo; mas nenhuma tem o exame ginecológico em dia.

Em relação ao puerpério é estimado no CAP 60 partos nos últimos 12 meses na área adstrita, mas o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses é 55, ou seja, 92% de cobertura. Todas (100%) se consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, foram avaliadas quanto a intercorrências; 5 (9%) tiveram seu estado psíquico avaliado; mas nenhuma tem o exame ginecológico em dia.

O pré-natal é feito através dos protocolos, com consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 34 e semanal após 34 semanas. Para o acompanhamento das gestantes, as mesmas são classificadas como baixo risco, as quais são acompanhadas pela enfermeira e médica da equipe, e alto risco que são encaminhadas para também serem acompanhada pelo obstetra, estas consultas com o especialista são agendadas na própria unidade, os casos que necessitam intervenção imediata são encaminhados à maternidade do hospital de referência. Todas as gestantes têm livre acesso sempre que precisarem e são atendidas pela enfermeira ou médica da equipe, sendo assim muito boa a cobertura do pré-natal, e contando com um registro específico deste atendimento na unidade. Dentro destes atendimentos, são realizadas ações importantes dentro da unidade para aumentar sua qualidade, como o grupo de gestantes, do qual participa um significativo número das mesmas, mas nossa meta é alcançar 100% de participação, para isto a equipe sempre realiza atividades para incentivar a participação, o que fez possível alcançar um grande aumento do número.

A equipe de saúde fornece ações para saúde da mulher, como é o caso da prevenção do câncer de colo e mama, através do preventivo e a mamografia. A Unidade de Saúde tem 1377 mulheres entre 25-64 anos estimadas na unidade, em que todas (100%) estão cadastradas e acompanhadas para prevenção de câncer de colo e útero. Do total de acompanhadas, 350 (25%) estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, tiveram exames coletados com amostras satisfatórias e coletados com células representativas da junção escamocolumnar; 50 (4%) estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 5 mulheres tiveram exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado; todas (100%) tiveram avaliação de risco para câncer de colo de útero, foram orientadas sobre prevenção de CA de colo de útero e DSTs.

A estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é 517, em que todas estão acompanhadas também para prevenção de câncer de mama, que representa 100% de cobertura. De todas acompanhadas 380 (74%) estão com mamografia em dia; 50 (10%) estão com mamografia com mais de 3 meses em atraso; todas (100%) tiveram avaliação de risco para câncer de mama e foram orientadas sobre prevenção do câncer de mama.

A equipe proporciona agendamentos para as mulheres da faixa etária correspondente, dando cumprimento ao estabelecido nos protocolos. Estes agendamentos geralmente têm um prazo de 3 semanas a um mês, no entanto situações especiais são antecipadas, de acordo com as necessidades. Atualmente utiliza-se o SISCAN como programa de informação, sendo a responsável do mesmo a enfermeira da unidade, do mesmo modo o agendamento das mamografias é feito pela equipe, portanto a paciente já sai da unidade com data e local de realização do exame, sendo também a enfermeira a responsável da revisão deste. Nos casos de preventivos ou mamografias alterados, as pacientes são agendadas e chamadas para consulta, onde é determinada a conduta a seguir de acordo com a gravidade. Cada uma destas mulheres tem seu cartão da mulher, onde são registrados os dados, informações, resultados e agendamento dos próximos controles, no posto ficam as fichas clínica ginecológica com estes mesmos registros, as quais são organizadas por mês e ano do próximo agendamento.

Acredito que esta muito bem organizada este atendimento, mas existem aspectos negativos e dificuldade que a equipe ainda não conseguiu resolver, como a existência de mulheres faltosas e a pouca quantidade de exames em dia, isso acontece devido a grande demanda dos atendimentos, por isso a equipe resolveu realizar a busca ativa das pacientes faltosas pelos agentes de saúde e o agendamento de coleta de exames nos turnos noturnos para facilitar o acesso das pacientes que trabalham.

Toda a população tem acesso à unidade, seja saudável ou doente, mas a equipe tem designado grupos específicos que precisam de um atendimento diferenciado e programado, como é o caso dos usuários com doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão, que são duas das causas de maior morbidade e mortalidade da nossa população. Certamente este atendimento não é fornecido do jeito que deve ser e que o paciente precisa, pela falta de profissionais de saúde, grande demanda de consultas e outros recursos que não estão nas nossas mãos, como exames diagnósticos, ou prazo de realização dos mesmos, embora, o atendimento seja realizado do melhor jeito possível.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é 1119, dos quais apenas 255 hipertensos estão cadastrados e acompanhados na unidade, representando 23% de cobertura de hipertensos. Do total de

acompanhados em todos (100%) foram realizados estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, tiveram orientação sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável; 198 (78%) estão com exames complementares periódicos em dia; 50 (20%) estão com avaliação de saúde bucal em dia; e nenhum estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias.

Segundo o CAP a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é 320 diabéticos, no entanto somente 44 diabéticos estão acompanhados pela unidade, o que está representando 14% de cobertura. Desse acompanhados, todos (100%) tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e estão com exames complementares periódicos em dia; 21 (48%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, tiveram palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável; 14 (32%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Para melhorar a qualidade da atenção á HAS e Diabetes Mellitus a equipe ainda tem coisas que organizar, uma delas é o agendamento de consulta programada depois que o paciente sai do consultório, e realmente não depende só da equipe, depende também da Fundação de Saúde do Município, eu acredito que se isso é solucionada, vai melhorar muito a qualidade da atenção destes pacientes. A saúde bucal é outra das deficiências, ainda não esta funcionando nosso consultório odontológico, mas temos um dentista que forma parte da equipe, que é o responsável pelos atendimentos e encaminhamentos para outros serviços. A nossa estratégia foi conseguir um dia de agendamento fixo para nossos usuários, num dos serviços odontológicos de referência, e organizar um arquivo especifico para saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

Outros dos usuários com atendimentos prioritários são os idosos, com um numero 685 residentes na área, que estão todos cadastrados e acompanhados na UBS, com 100% de cobertura. Destes acompanhados nenhum tem caderneta de saúde do idoso, não foram realizadas Avaliação Multidimensional Rápida e nem investigação de indicadores de fragilização na velhice; 612 (89%) estão com acompanhamento em dia, tiveram Avaliação de risco para morbimortalidade, foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e atividade física; 118 (17%) tem

Hipertensão arterial sistêmica, 17 (2%) tem Diabetes Mellitus; 23 (3%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Para eles a equipe também fornece um dia de agendamento semanal, e os que têm problemas de saúde agudos são atendidos fora desse dia, mediante o acolhimento. Os indicadores da qualidade da atenção á usuário idoso não estão bem, ainda temos muitas coisas que fazer para melhorar os mesmos, um dos aspetos negativos é que nenhum deles tem caderneta de saúde, mas todos os dados e consultas ficam registrados nos prontuários. No entanto, o maior problema é que eles não têm realizada a avaliação multidimensional rápida nem investigação de indicadores de fragilização na velhice, realmente esse é um tema que a equipe tem que revisar e melhorar, já que é de muita importância para identificar melhor os problemas de saúde de cada um deles e assim melhorar a qualidade de vida. Outra das deficiências é que nem todos eles têm avaliação de saúde bucal em dia, mas a equipe ainda não tem bem estruturado nem funcionando o consultório odontológico, por isso é um pouco difícil dar seguimento á saúde bucal.

Para melhorar a qualidade da atenção ao idoso é muito importante que eles participem do grupo, realmente não temos grupo de idosos formado, mas temos outros grupos, como o de diabéticos, do qual os que têm esta doença podem participar. Acho que é de muita importância formar este grupo, porque neste são desenvolvidas muitas ações que ajudam aumentar a qualidade de vida.

A realização de um atendimento com qualidade depende de muitos fatores, e quando existem dificuldades, o mesmo não pode ser logrado facilmente, realmente o tamanho da equipe, não funcionamento do consultório odontológico, grande demanda de atendimentos, falta ou pouca cobertura de exames diagnósticos, as questões sociais, e outros, fazem possível que esta meta não seja lograda em curto prazo, mas a equipe continua brindando o melhor atendimento possível para a população, porque para isso só é necessário o trabalho de forma conjunta e o amor que a equipe tem para realizar o atendimento. Nosso maior grande desafio é resolver cada uma destas dificuldades, é lograr o melhor estado de saúde da população que atendemos.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Este relatório comparado com o primeiro texto em resposta á situação da EFS/APS no nosso serviço, está de forma mais detalhada e completa, argumentando cada uma das dificuldades e aspetos positivos, além das estratégias tomadas pela equipe para solucionar estas dificuldades.

O texto inicial sobre este tema em resposta á pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", abordava todas estas questões de forma geral e este relatório serviu para precisar e abordar bem este tema. O texto da segunda semana foi muito importante para a realização deste relatório, já que tinha uma base de alguns conhecimentos que ajudaram a realizar este trabalho, que foi de muita ajuda para melhorar hoje o funcionamento da nossa unidade e o trabalho da equipe.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão e Diabetes são doenças de muita importância, que devem ser controladas, para evitar complicações irreversíveis, nos usuário portadores das mesmas. A hipertensão é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Não tem evidencia para se recomendar um ótimo intervalo para rastrear a hipertensão nos adultos. O 7º JNC (The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) recomendada o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou diastólica entre 80 e 90 mmHg. A prevalência da diabetes tipo II está aumentando, aproximadamente 7% da população adulta brasileira tem esse problema. A diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal, e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013).

A Unidade de Saúde Julio de Oliveira é uma unidade nova, a mesma tem uma boa estrutura, que tem uma ampla sala de espera, recepção, dois consultórios médicos, um de enfermagem, e um odontológico, banheiros dentro e fora das consultas, sala de procedimentos, sala de reuniões, sala de esterilização, cozinha, sala de nebulização, e um pátio que é utilizado como garagem. A nossa equipe de trabalho está constituída por três agentes comunitários (ACS), uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma recepcionista e a médica. Esta equipe atende uma

população de 4500 a 5000 moradores, onde um grande número deles tem doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial e diabetes, e a maioria deles não tem um bom controle da doença, pelo escasso atendimento recebido. Isso realmente é uma questão de organização e do grande número de demandas para uma equipe muito pequena e uma população muito grande.

A UBS tem 255 hipertensos e 44 diabéticos com mais de 20 anos cadastrados e acompanhados na unidade, dado estimado pelo cadastramento da população pelos agentes comunitários de saúde (ACS), para um total de 1119 hipertensos e 320 diabéticos segundo a estimativa do caderno de ações programáticas, representando 23% de cobertura de hipertensos e 14% de diabéticos.

Do total de hipertensos acompanhados, em todos (100%) foi realizado estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, tiveram orientação sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável; 198 (78%) estão com exames complementares periódicos em dia; 50 (20%) estão com avaliação de saúde bucal em dia; e nenhum estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Dos diabéticos acompanhados, todos (100%) tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e estão com exames complementares periódicos em dia; 21 (48%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, tiveram palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável; 14 (32%) estão com avaliação de saúde bucal em dia.

A qualidade do atendimento desses usuários deve ser cada dia melhor, mas não é o que acontece na nossa realidade, acredito que o atendimento brindado pela equipe para eles, não é bom, já que nem todos têm exames periódicos, nem saúde bucal em dia, nenhum deles sai da unidade com a consulta programada agendada, o que realmente torna difícil o retorno para controle, e quando retornam é porque estão realmente descontrolados ou com doenças graves secundárias a sua doença crônica, resultando muitas vezes em internados no hospital por muitos dias. Essa é a nossa luta e meta, lograr brindar o melhor atendimento possível para eles, e assim evitar esses acontecimentos, e alcançar o melhor estado de saúde dos nossos usuário hipertensos e diabéticos. Para isso já são desenvolvidas na nossa unidade algumas ações de saúde, como o grupo de diabéticos, que a cada dia vai

aumentando o numero de participantes, palestras para hipertensos e diabéticos onde são abordadas muitas questões importantes sobre modo e estilo de vida saudáveis, além de orientações para lograr um melhor controle da doença, estão sendo agendados os retornos dos usuário mais descontrolados e dos moradores no interior, além das visitas domiciliares para os usuários impossibilitados para acudir ao posto de saúde.

É de muita importância esta intervenção para nossa Unidade de Saúde, já que assim, pode ser implementada para melhorar e organizar o trabalho da unidade, realmente, a intervenção, resume um conjunto de idéias propostas pela equipe nas nossas reuniões, para melhorar o atendimento da população objeto de estudo. Ainda existem dificuldade e limitações que vão dificultar a implementação das metas e ações, uma delas, e a mais importante, é o grande fluxo de usuários procurando atendimentos que temos diariamente, provocando um excesso de demanda, e a outra é o tamanho da população, que não está de acordo com o tamanho da equipe. Mas acredito que os nossos objetivos vão ser alcançados, já que só mediante eles vai ser melhorada a atenção aos usuário hipertensos e diabéticos, o que é de muita importância para eles, para evitar internações, complicações, seqüelas por doenças secundarias e uma boa integração social.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

- Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

- Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

- Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

- Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

- Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Para melhorar a qualidade da atenção dos usuário hipertensos e diabéticos é preciso aumentara a cobertura, cadastrando 50% dos hipertensos e 40% dos

diabéticos da área de abrangência no Programa da atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde, em 4 meses. Atualmente este cadastro está muito baixo, já que a Unidade de Saúde tem só 23% de hipertensos e 14% de diabéticos cadastrados, o que representa um número, que está longe da estimativa do Ministério de Saúde. Essa meta pode ser alcançada trabalhando cada dia mais neste cadastramento pelos Agentes de Saúde Comunitários, enfatizando nas áreas que não têm cobertura, e que portanto não estão cadastradas, além disso, também é necessário ter um arquivo específico desses pacientes, para lograr ter melhor controle dos atendimentos no posto de saúde.

Os objetivos e metas propostos estão ótimos, já que estão baseados nos principais problemas que tem esta ação programática, acredito que estão muito bem elaborados e completados. A maioria deles podem ser alcançados facilmente, já que muitos estão relacionados com a qualidade do atendimento, que é pelo que a nossa equipe sempre trabalha, como por exemplo, realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir a 100% deles exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, manter ficha de acompanhamento, e outros, realmente muitas dessas metas já foram alcançadas no nosso serviço.

Existem outros objetivos e metas, onde temos e teremos dificuldade para alcançar, um deles é, realizar avaliação de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, já que para isso é necessário a permanência do dentista 40 horas na unidade, e o funcionamento do consultório odontológico, o que por enquanto não acontece, e está um pouco longe de se solucionar, realmente é uma questão que depende da gestão do município e não só da equipe de saúde, outra questão é buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, certamente estes ainda não saem do posto com a próxima consulta programada agendada, de acordo aos protocolos, e para lograr esta meta, primeiramente temos que realizar este agendamento, que nesse momento não está acontecendo pelo excesso dos outros atendimentos que a cada dia temos, mas já foi um tema muito discutido nas nossas reuniões de equipe, que ainda estamos trabalhando por implementar.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Julio de Oliveira, no Município de Santa Rosa/RS. O público alvo do projeto são todos os usuários com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência.

2.3.1 Detalhamentos das Ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

- **Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Meta 1.2** Cadastrar 40 dos diabéticos da área de abrangência no Programa da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação

- Ação: monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus
- Detalhamento da ação: vai ser logrado através do cadastramento destes usuários pelos ACS, nas áreas que não têm cobertura de agentes.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

- Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Detalhamento da Ação: Ação vai ser desenvolvida através de um documento no EXCEL onde vão ser registrado todos os dados dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.
- Ação: melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS e portadores de Diabetes Mellitus.

- Detalhamento da ação: vai ser realizado acolhimento, com medida de PA para todos os usuários acolhidos na demanda espontânea e com realização de HGT para todos os portadores de HAS e com risco de Diabetes acolhidos na demanda espontânea na nossa unidade.
- Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- Detalhamento da Ação: A ação vai ser desenvolvida mediante o pedido ao gestor dos materiais necessários e a realização de hemoglicoteste no acolhimento para os pacientes acima de 20 anos, que encontram-se em jejum.

Eixo Engajamento Publico

- Ação: informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.
- Detalhamento da ação: será realizado mediante as reuniões de comunidade, realizações de palestras na unidade e informações à comunidade pelos ASC.
- Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Detalhamento da ação: A ação vai ser desenvolvida mediante orientações na sala de espera, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: capacitar os ASC para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Detalhamento da ação: vai ser logrado mediante capacitações pela enfermeira e médica da equipe sobre esta doença.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135\80 mmHg
- Detalhamento da ação: A ação vai ser desenvolvida mediante capacitações nas reuniões da equipe, e estudos individuais sobre estes procedimentos.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

- **Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- **Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Ação: Monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.
- Ação: Monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Ação: Monitorar o aceso aos medicamentos da farmácia popular.
- Ação: Monitorar aos hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.
- Detalhamento das ações: As ações vão ser realizada através da revisão periódica dos atendimentos disponibilizados no sistema eletrônico, e a revisão dos registros de hipertensos e diabéticos da unidade, onde ficaram todos estes dados registrados.

Eixo Organização e Gestão do serviço

- Ação: Definir atribuições de cada de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Ação: Estabelecer periodicidade para atualizações dos profissionais.
- Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.
- Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Ação: Estabelecer sistema de alerta os exames complementares preconizados.
- Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

- Detalhamento das ações: As ações vão ser logradas através da realização das consultas médicas por meio de agendamento seguindo o protocolo , solicitação e agendamento de exames complementares em cada consulta , realização é atualização dos cadastros de medicação , e avaliação e agendamento odontológico pelo dentista da unidade em cada uns dos usuários portadores de HAS e Diabetes cadastrados na unidade. Realização de conversas com o gestor sobre a realização de exames complementares, e a revisão periódica da equipe do estoque de medicamentos disponibilizado na unidade.

Eixo Engajamento Público

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- Detalhamento das ações: É necessário a implementação do grupo de hipertensos na unidade, orientações pelos ACS aos pacientes hipertensos e familiares sobre a importância de assistir às consultas programadas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

- Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Detalhamento das ações: Todas estas ações vão ser logradas mediante a realização de reuniões orientadoras com os ACS.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- **Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Detalhamento da ação: O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas vai ser logrado mediante a revisão dos atendimentos dos usuários mensalmente, através do sistema digitalizado, ao fechar cada mês.

Eixo Organização e Gestão dos Serviços

- Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Detalhamento das ações: As ações vão ser logradas aumentando a busca ativa dos usuários faltosos às consultas pelos ASC , priorizando os agendamentos de consultas dos pacientes faltosos.

Eixo Engajamento Público

- Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Detalhamento das ações: As ações vão ser alcançadas mediante a realização de reuniões de comunidade onde deve ser explicada a importância das consultas programadas.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Detalhamento das ações: Realização de reuniões orientadoras e capacitadoras para os ACS.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

- **Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Detalhamento das ações: Revisão mensal da ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

- Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

- Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.
- Detalhamento das ações: Registro de todos os atendidos no SIAB , confeccionar uma tabela no Excel onde vai ser registrados dados como : realização ou não da estratificação do risco , data da ultima consulta realizada e data dos últimos exames complementares , que vai ser atualizada pela recepcionista o mesmo dia da realização da consulta agendada .

Eixo Engajamento Público

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Detalhamento das ações: Realização de reuniões de comunidade e conversas na sala de espera da unidade explicando sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Detalhamento das ações: Nas reuniões de equipe realizar capacitações para o preenchimento dos registros do acompanhamento e os procedimentos clínicos.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

- **Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e Avaliação

- Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Detalhamento das ações: A ação vai ser realizada mediante a revisão dos registros específicos semestralmente.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

- Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
- Detalhamento das ações: Agendar consultas para os usuários com alto risco, pelas técnicas de enfermagem quando realizem acolhimentos.

Eixo Engajamento Público

- Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- Detalhamento das ações: Orientações aos usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular em cada acolhimento realizado.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- Detalhamento das ações: Nas reuniões da equipe realizar capacitações para realizar estratificação de risco, sobre a importância deste registro.

Objetivo 6 - Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- **Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- **Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
- **Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
- **Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
- **Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Eixo Monitoramento e avaliação

- Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

- Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.
- Detalhamento das ações: Estas ações vão ser logradas mediante conversas no acolhimento do usuário sobre orientações fornecidas para atividade física regular, o risco do tabagismo, hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal, para assim saber se eles tem conhecimentos dessas orientações.

Eixo Organização e Gestão do Serviço

- Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.
- Detalhamento das ações: Aqui vai ser de muita importância a implementação do grupo de hipertensos e o aumento dos participantes do grupo de diabéticos, para oferecer as orientações sobre a importância da prática de atividade física. Programar a participação do educador físico nesses grupos.

Eixo Engajamento Público

- Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Ação: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Detalhamento das ações: Orientações nas reuniões de comunidade sobre a importância da prática de atividade física, Orientações pelos ACS em cada visita domiciliar aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física.

Eixo Qualificação da Prática Clínica

- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Detalhamento das ações: Nas reuniões de equipe e com estudos individuais fazer a capacitação de todos os membros da equipe sobre as ações de promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas, como realizar ações de educação em saúde e orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Para realizar a intervenção, serão utilizados indicadores para o monitoramento do alcance das metas.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos:

- Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
- Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

- Meta 1.2: Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.
- Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

- Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Denominador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

- Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Denominador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

- Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia Priorizada.
- Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

- Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular /Hiperdia Priorizada.
- Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.
- Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
- Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.
- Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

- Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.
- Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

- Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

- Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
- Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.
- Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.
- Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

- Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

- Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre pratica regular de atividade física.
- Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre pratica regular de atividade física.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.
- Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre pratica regular de atividade física.
- Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre pratica regular de atividade física.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo.
- Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo.
- Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: Número de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.
- Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.
- Numerador: Número de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal.
- Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para monitorar o número de usuários hipertensos cadastrados no Programa de agente Atenção à Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial vai ser necessário que cada um dos ASC façam o cadastramento da área que não tem cobertura de agentes duas vezes por semana, sendo responsável deste cadastramento um dos agentes que vai ser supervisionado pela enfermeira da equipe. Para melhorar o acolhimento de usuários hipertensos e diabéticos vai ser designado um dos espaços da unidade, onde cada uma das técnicas de enfermagem vai fazer o acolhimento destes usuários uma vez por semana nos dois turnos de trabalho, de forma rotativa com medida de PA.

Vai ser necessário informar a comunidade sobre a existência do Programa da Atenção a estas duas doenças, isto vai ser logrado mediante informações fornecidas na sala de espera do posto de saúde sobre este tema, realizadas pela enfermeira e médica da equipe num turno por semana de forma rotativa, e através das reuniões de comunidade, além das palestras na unidade, também realizadas pela enfermeira duas vezes ao mês com a participação do presidente da comunidade.

A capacitação dos ASC para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos vai ser realizada pela enfermeira, uma vez por semana que vai ser a encarregada de fazer esta capacitação, além dos estudos individuais realizados por eles, que depois vão expor nas capacitações de cada semana.

Para realizar o monitoramento e avaliação será necessária à revisão trimestral pela médica, enfermeira e as técnicas de enfermagem, a revisão dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos disponibilizados no sistema eletrônico, e dos registros destes pacientes, o que vai ser supervisionado pela médica de forma periódica.

O agendamento das consultas vai acontecer em cada um dos turnos de trabalho, onde um dia da semana vão ser colocadas as consultas médicas dos hipertensos e diabéticos somente, para um total de 12 consultas por turno, vão ser atualizados os cadastros de medicação pela médica em cada consulta realizada e realizados os cadastros dos usuários que ainda faltam pelas técnicas e enfermeiras, por ordem alfabética do sobrenome do paciente. O dentista da equipe será o responsável pela avaliação odontológica e agendamento de consultas, procurando um dia fixo na semana para priorizar o atendimento deste grupo alvo, que devera acontecer nos dois turnos de trabalho do dia, com a supervisão mensal do coordenador do posto.

Em um mês vai ser implantado o grupo de hipertensos, que vai funcionar uma vez por mês no horário da manha, onde as atividades vão ser desenvolvidas pela médica e enfermeira, os ASC vão ser encarregados de levar as orientações a estes usuários através de convites que vão ser realizados pela recepcionista do posto.

Neste sentido será necessário para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas a revisão dos atendimentos dos usuários mensalmente, através do sistema digitalizado, esta atividade vai ser realizada pela enfermeira, que vai ser a responsável do agendamento destes para início de cada mês. Para aumentar a busca ativa dos faltosos nas consultas, cada um dos agentes de saúde vai ser a encarregada da busca na sua área, e as áreas sem cobertura de agentes vão ser divididas entre cada um deles, esta busca ativa vai ser realizada ao fechar cada mês, e as técnicas de enfermagem junto com a recepcionista realizaram os agendamentos para consultas destes pacientes, que vão ser colocados na agenda médica, num dia fixo de cada semana, nos dois turnos de atendimentos.

Essas consultas programadas têm muita importância, pelo que será necessário explicar à comunidade sobre a mesma, mediante as reuniões de comunidade com participação do presidente e toda a equipe da saúde, ou mediante

encontros quinzenais com o presidente da comunidade, no posto de saúde no horário da tarde.

A revisão mensal dos registros de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade serão realizados pelas agentes de saúde uma vez por mês, no horário da tarde, num dia fixo, esta atividade devera ser supervisionada pela enfermeira e médica da equipe a cada 15 dias, de forma rotativa. A recepcionista realizará uma tabela no Excel com ajuda da enfermeira, para o registro de dados importantes, ao sair cada um dos usuários do consultório médico, ela atualizará esta tabela, preenchendo todos os dados de forma certa, mediante a revisão do prontuário de cada usuário. Em cada um dos turnos de trabalho as técnicas de enfermagem realizaram conversas na sala de espera, orientando aos pacientes que aguardam atendimentos sobre a manutenção dos registros de saúde.

Para o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de, pelo menos, uma verificação de estratificação de risco por ano, a médica e enfermeira, junto com as técnicas de enfermagem vão realizar semestralmente os registros específicos destes pacientes, esta ação será supervisionada pela médica da equipe de saúde, destes usuários, os que estejam classificados como alto risco, vão ter consultas agendadas, um paciente por turno de trabalho e seguindo os protocolos de saúde.

Em cada um dos acolhimentos dos hipertensos e diabéticos realizados pelas técnicas, elas orientaram sobre seu nível de risco, de forma detalhada e fácil de entender por eles, e sobre a importância do acompanhamento regular. Será de muita importância nas reuniões de equipe realizar pelas médicas capacitações sobre a realização da estratificação de risco assim como o registro desta atividade, ao término da reunião cada um dos integrantes da equipe vai ter como tarefa o estudo individual deste tema que será discutido na primeira hora da próxima reunião, que aconteceram semanalmente, todas as sextas, no horário da tarde, a partir das 15 horas.

Os usuários hipertensos vão ser informados sobre a importância a pratica de atividade física regular, risco do tabagismo, hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal, em cada um dos acolhimentos, as técnicas deveram perguntar sobre os conhecimentos que eles tem destes temas, e serão reorientados novamente, nos casos tenham duvidas ou poucos conhecimentos. Pra aumentar os participantes do

grupo de diabéticos, os ASC em cada uma das visitas domiciliares, vão fornecer convites para os que não tem conhecimentos da existência do grupo, onde estará bem detalhada a importância da participação no mesmo, estes convites vão ser elaborados pela recepcionista com ajuda da médica e enfermeira, o educador físico vai participar neste grupo, a cada dois encontros, o seja, mensalmente, já que estes encontros vão acontecer de 15 em 15 dias.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao completar a 12ª semana da intervenção, posso resumir que foram cumpridas as ações conforme ao planejado no projeto. Foi realizado o monitoramento e avaliação mediante o cadastramento de hipertensos e diabéticos pelos ASC nas visitas domiciliares, e pelo resto da equipe realizando digitação dos cadastros dos usuários atendidos nas consultas médicas.



Figura 1 e 2. Foto de atividade educativa na sala de espera



Figura 3. Palestra na sala de espera

Realizamos o acolhimento de usuários portadores de HAS, com as medidas de PA e realização de hemoglicoteste para todos os acolhidos na demanda espontânea, este acolhimento aconteceu todos os dias, com ajuda das técnicas de enfermagem, mediante as orientações na sala de espera, e a enfermeira que participava desde as 7:30h ate 8:30h da manha, e foram agendadas consultas de acordo com a necessidade e prioridade destes.

Nas 3 primeiras semanas da intervenção foram capacitados pela enfermeira da equipe, os ASC sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos, no horário da tarde, durante as reuniões de equipe nas sextas, assim também para a realização de hemoglicoteste em adultos com Hipertensão Arterial. Nas consultas programadas foi realizado o exame clínico, solicitados exames laboratoriais conforme ao protocolo, e garantido a realização destes, e realizada a avaliação de atendimento odontológico e a realização e atualização dos cadastros de medicação, com prescrição de medicamentos da farmácia popular para esta população avo.



Figura 4. Foto de acompanhamento dos usuários

Foi realizada a capacitação dos profissionais e ACS da UBS, sobre o Protocolo de HAS e Diabetes Mellitus, nas primeiras semanas da intervenção sem nenhuma dificuldade, assim como as orientações na sala de espera pelas técnicas de enfermagem durante todas as semanas da intervenção, nas segundas feira, onde os temas abordados foram a importância do acompanhamento regular, importância do controle de fatores de risco como alimentação e tabagismo, e pratica regular de exercício físico.

O grupo de hipertensos foi implementado tendo como base o grupo de diabéticos já existente, que através do cadastramento de hipertensos e diabéticos já eram orientados sobre a existência do mesmo, logrando assim a sua participação e aumento da participação no grupo de diabéticos, com funcionamento nas quartas a cada 15 dias, baixo a responsabilidade da enfermeira da equipe. Nas segundas feira das 3 primeiras semanas da intervenção no horário da manha depois dos atendimentos foi realizado o contato com os lideres da comunidade, onde foi explicada a importância da realização deste projeto de intervenção, orientado sobre

a melhora da atenção aos hipertensos e diabéticos e solicitado o apoio para a captação destes usuários.



Figura 5. Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes



Figura 6. Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes



Figura 7. Foto de grupo de usuários com hipertensão e diabetes

O controle de estoques de medicamentos, foi realizado todos os meses pela recepcionista e as técnicas de enfermagem, na realização dos pedidos de medicamentos de acordo com as necessidades e a demanda.

Desde antes de dar começo a intervenção os gestores garantiram os materiais necessários para realizar a mesma, como esfigmomanômetros, aparelhos e fitas para realização de hemoglicoteste, folhas suficientes para impressão de fichas espelhos, assim como os protocolos de Hipertensão e Diabetes impressos.

Nas consultas médicas, foi realizada por mim a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, e corroborada pelo dentista quem foi o encarregado dos agendamentos e encaminhamentos para o posto de saúde onde ele mesmo realiza as consultas, mas já no final da intervenção começou funcionar o consultório odontológico do nosso posto de saúde, o que melhorou o atendimento neste sentido, já que os usuários não tinham que se deslocar para outro serviço.

Na realidade todas estas ações foram desenvolvidas sem complicações nem dificuldades, é importante esclarecer que durante 5 semanas não houve intervenção devido as minhas férias, mas igualmente no meu retorno esta continuou e foi feito tudo o que estava planejado e que não aconteceu nessas cinco semanas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como todo projeto, nem sempre dá tudo certo 100 por cento, e uma das coisas é acho que a única coisa que não foi lograda foi o registro na tabela de EXEL dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos, pois a recepcionista que era a responsável pelo registro, tinha programadas pelo contrato 6 horas de serviço, dedicadas para dar complemento a outras atividades que encontravam-se no contrato.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados

Foram registrados os dados na planilha de coleta de dados, o fechamento da mesma e cálculo dos indicadores aconteceu sem nenhuma dificuldade, porque foi possível o preenchimento das fichas espelhos durante todos os dias da semana, e logo registrar estes dados na planilha de coleta, na verdade foi um trabalho bem simples.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

É muito possível incorporar algumas das ações previstas no projeto a nossa rotina de trabalho diária, ainda com a finalização do curso, é importante sinalar a importância do bom atendimento aos usuários portadores de HAS e Diabetes Mellitus, e para isso vai ser necessário continuar com a realização de algumas ações de saúde na nossa unidade, a nossa proposta é continuar com o acolhimento destes usuários, e agendamento de consultas conforme aos protocolos, priorizando aos de alto risco cardiovascular, assim como continuar com o cadastramento da população pelos ASC, e a realização de consultas médicas como foi realizado até agora, outra proposta é dar continuidade à realização dos grupos de diabéticos e hipertensos, nas datas programadas com a participação dos profissionais da

Unidade de Saúde. Estas atividades vão ser possíveis de realizar, porque foi o que fizemos no transcurso destas 12 semanas da intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhora da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Julio de Oliveira, Santa Rosa. Na área adstrita à UBS existe uma população total de 5000, que segundo o Caderno de Ações Programáticas, o qual embasa os dados desse trabalho, a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1119 e do número de diabéticos 320.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- **Meta 1.2:** Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Nessa perspectiva, trabalhamos para atingir a meta estabelecida. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados e iniciaram o acompanhamento 57 hipertensos, que representa no gráfico 5,1% do total de hipertensos estimados na área. No segundo mês dobramos a cobertura inicial indo para 122 hipertensos, ou seja, 10,9%. E no terceiro mês chegamos a uma cobertura de 180 novos hipertensos no programa de hipertensão, que representa 16,1%, como podemos observar no gráfico:

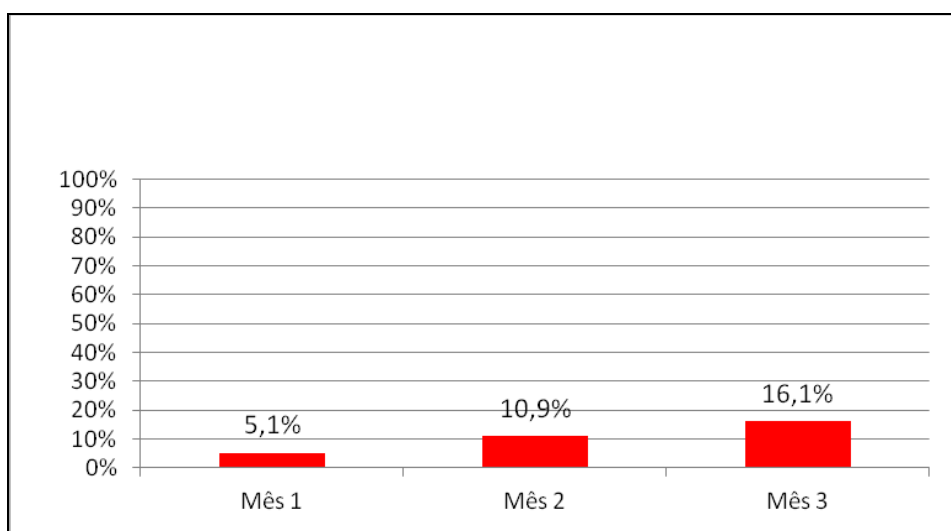


Figura 8. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Em relação a cobertura de diabéticos também trabalhamos muito para alcançar a meta de cobertura estabelecida no primeiro objetivo. No primeiro mês cadastramos e iniciamos o acompanhamento de apenas 17 usuários, o que representa 5,3% do total estimado de diabéticos. Em seguida, no segundo mês tínhamos já cadastrados e em acompanhamento 38 diabéticos (11,9%) e no último mês somamos 53 diabéticos em acompanhamento (16,6%) do total estimado de diabéticos, como mostra o gráfico.

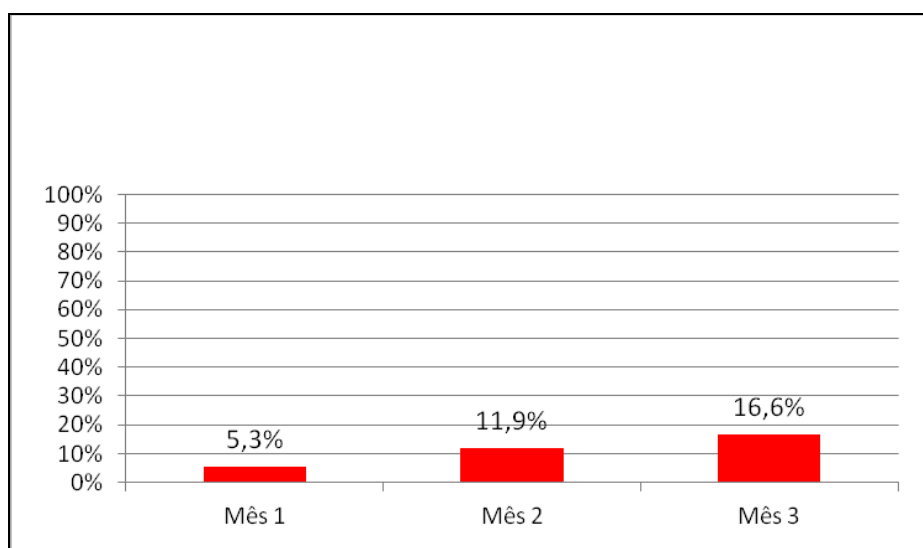


Figura 9. Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Como podemos observar a meta de cobertura não foi alcançada, não chegamos a um bom indicador, pois o período de férias prejudicou bastante os resultados da intervenção, já que a equipe não deu continuidade a intervenção e a intervenção teve o tempo reduzido, além do tempo em que foi desenvolvida, na verdade era programada para 16 semanas e por orientações da universidade foi realizada em apenas 12 semanas.

Nas semanas da intervenção foram aumentadas as visitas domiciliares e as consultas com a participação ativa de toda a equipe, buscamos aumentar a captação, foi realizada pelos ASC a busca ativa de faltosos as consultas programadas e o cadastramento da população nas áreas sem cobertura, o que fez possível aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

- **Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Dos hipertensos e diabéticos que participaram na intervenção 100% foram avaliados com exame clínico de acordo com o protocolo durante todos os meses da intervenção, o mesmo foi realizado por mim em todas as consultas realizadas. Isso foi conquistado pelo bom trabalho em equipe, com a ajuda dos gestores que disponibilizaram todos os materiais necessários, como esfigmomanometro, a qualidade das consultas e a busca ativa dos faltosos às consultas programadas pelos ASC.

- **Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- **Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Todos os hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção, ou seja, 100% desses usuários estão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo em todos os meses de intervenção, isto foi possível porque foram disponibilizadas vagas para agendamento de exames desta população pelos gestores de saúde nos dois laboratórios que tem convenio pelo SUS, e esses usuários conseguiram realizar os exames sem dificuldade, muitos deles realizaram a coleta no próprio Posto de Saúde, onde o laboratório da Fundação de Saúde se desloca duas vezes por mês para realização de coletas, o que permitiu que todos os usuários tivessem acesso de sua realização sem ter que pagar os mesmos.

- **Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para o 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, para que seja de fácil acesso para os usuários, já que na farmácia popular encontram-se quase todos os medicamentos em existência ou a maioria deles, os medicamentos que não se encontram nesta farmácia são disponibilizados pela gestão na Assistência Farmacêutica ou na própria Unidade de Saúde, onde os usuários também tem acesso de forma gratuita.

- **Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- **Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

A realização da avaliação de atendimento odontológico foi realizada em 100% dos diabéticos e hipertensos, isso foi conquistado pelo trabalho em conjunto da equipe com a dentista que foi capaz de realizar avaliações e agendamento de consultas nos casos que precisavam, além das avaliações nas consultas através do interrogatório e do exame bucal.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- **Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos usuários faltosos às consultas programadas de acordo com os protocolos, existiram 6 hipertensos faltosos durante os três meses, sendo realizada a busca ativa de apenas 1, representando 16,7% do total de faltosos, como observado no gráfico abaixo, esta busca ativa foi realizada para só um deles, pela pouca disponibilidade de ACS, e embora foi realizada a busca ativa para um deles este não compareceu a consulta programada antes do término da intervenção.

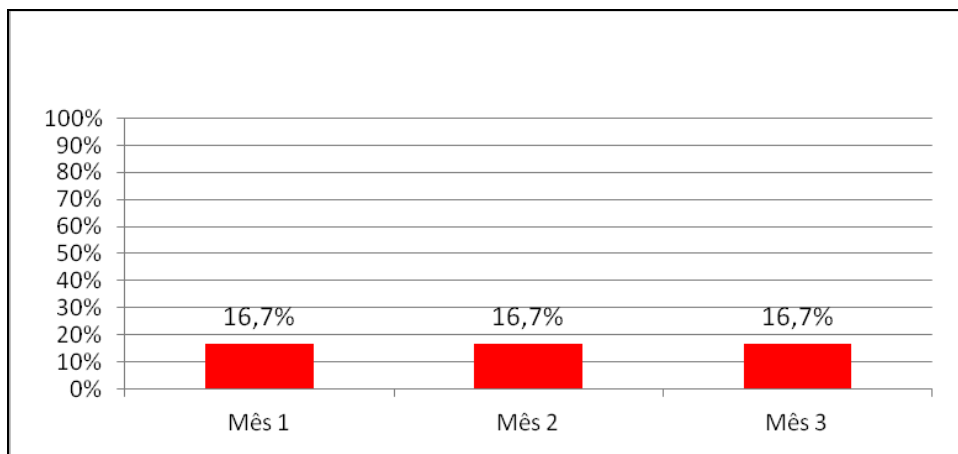


Figura 10. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Quanto aos diabéticos acompanhados, não tiveram faltosos as consultas, dessa forma não houve busca ativas, permanecendo o gráfico zerado. Este indicador foi alcançado pela organização do trabalho da equipe, incremento das visitas domiciliares pelos ACS, além das orientações fornecidas pelas técnicas de enfermagem na sala de espera sobre os motivos da importância das consultas e acompanhamento, alcançando assim um melhor estado de saúde. As visitas domiciliares pelos ACS foram muito importantes para conquistar esta meta, que orientaram sobre o bom controle da doença através das consultas e acompanhamento regular e sobre a dificuldade de fazer um novo agendamento das consultas, uma vez faltado ao primeiro.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

- **Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Os registros foram realizados de forma adequada na da ficha de acompanhamento à 100% dos hipertensos e diabéticos, realizados por toda a equipe e pelos ASC nas visitas domiciliares, e corroborados nos atendimentos

clínicos realizados pela médica, coordenadora do projeto, para depois realizar o preenchimento da planilha de coleta de dados.

Os integrantes da equipe realizaram o preenchimento dos dados gerais, e a médica preencheu as informações clínicas pertinentes como índice de massa corporal, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação de risco, exame dos pés, tabagismo, higiene bucal e exame físico.

Os atendimentos destes usuários foram registrados no SIAB, embora não foi possível este no Excel, por questões do contrato da recepcionista sobre a carga horária e as outras funções que eram da sua responsabilidade, esta era uma planilha que tínhamos pensado realizar para ter um melhor registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade de saúde.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

- **Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- **Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 100% dos usuários cadastrados na unidade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mediante o agendamento de consultas pelas técnicas de enfermagem na realização dos acolhimentos, as que tinham sido capacitadas anteriormente nas reuniões de equipe com a participação de todos os integrantes da equipe, para a realização da avaliação do risco pela médica, mas na verdade esta estratificação do risco foi realizada nas consultas médicas de retorno de exames, que aconteceu no período de aproximadamente 10 dias após a realização dos mesmos, conforme as vagas semanais disponibilizadas na agenda medica para os usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 6 - Promover saúde de hipertensos e diabéticos.

- **Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- **Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- **Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- **Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- **Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- **Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- **Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Todos os hipertensos e diabéticos teve orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a prática de atividade física, o risco do tabagismo e sobre higiene bucal, ou seja, 100%, em todos os meses da intervenção. Para alcançar isto foram realizadas conversas e orientações destes temas na sala de espera pelas técnicas de enfermagem e orientações no próprio acolhimento sobre saúde bucal, tabagismo, prática de exercícios físicos e hábitos alimentares, com uma boa participação destes usuários.

O funcionamento dos grupos de hipertensos e diabéticos foi de muita importância para contribuir com essa meta, com o aumento da participação dos usuários e com a participação da nutricionista fornecendo as orientações sobre alimentação e a necessidade de manter bons hábitos alimentares para alcançar um melhor controle das doenças. Foram realizadas atividades físicas pelo educador físico através de ginásticas, o que estimulou muito aos usuários.

4.2 Discussão

Com a intervenção, na nossa unidade, foi possível melhorar a cobertura da atenção aos diabéticos e hipertensos, assim como uma melhor organização da equipe para os atendimentos destes usuários, dos registros de atendimento, com um maior controle da população alvo.

Este trabalho teve uma grande importância para a equipe de saúde já que propiciou uma melhor qualidade dos atendimentos clínicos dos dois grupos, exigindo a capacitação de todos os integrantes da mesma sobre estas duas doenças crônicas e frequentes na população, reforçando assim o trabalho em conjunto. Cada uma das atividades realizadas foi responsabilidade de um membro da equipe, no caso das orientações na sala de espera a responsabilidade ficou para as auxiliares de enfermagem, assim como os acolhimentos e agendamentos de consultas; as consultas foram realizadas por mim e a organização dos grupos de diabéticos e hipertensos desenvolvida pela enfermeira da equipe de saúde. Essa divisão do trabalho proporcionou uma organização e integração da equipe para que fosse cumprida de forma planejada e que atendesse o objetivo em cada ação desenvolvida.

Antes da intervenção a atenção aos usuários como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus só era responsabilidade da médica da equipe, os atendimentos eram fornecidos somente aos que solicitavam, ou seja, através da demanda espontânea, e estes saíam das consultas sem data de retorno, e sempre eram os mesmos que buscavam atendimento médico.

A intervenção ajudou muito a melhorar o serviço, porque foi possível um melhor atendimento, mediante as avaliações dos requerimentos de atendimentos, registro dos acompanhamentos e agendamento de consultas realmente para os casos de maior vulnerabilidade, tendo em conta a classificação do risco cardiovascular. Acima de tudo foi possível com a intervenção organizar o serviço para qualificar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, começando ir ao encontro deles e recebê-los na unidade de forma contínua para estabelecer um acompanhamento a esses usuários.

O impacto do trabalho de intervenção, ainda é pouco percebendo pela população da área de abrangência da Unidade da Saúde, mas os hipertensos e

diabéticos sentem grande satisfação pelo atendimento prioritário, isto, gera insatisfação dos outros usuários que não entendem o motivo desta priorização. Um dos objetivos nossos com este trabalho foi melhorar a cobertura do programa, mas ainda temos dificuldade neste sentido, pelo número importante de hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Na intervenção faltou uma melhor comunicação com a comunidade, nas reuniões, sobre os critérios e os motivos para a priorização da atenção aos usuários da população alvo, e a escuta e implantação de critérios da mesma sobre a melhor maneira para o desenvolvimento desta atividade. Caso fossemos realizar a intervenção neste momento, o passo seria esse e evitaria insatisfações da população que não participava do projeto. Agora que estamos no final deste projeto podemos perceber que a equipe esta integrada e muito organizada e como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço temos as condições para superar algumas das dificuldades encontradas.

Para incorporar a intervenção na rotina do nosso serviço, vamos melhorar e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade sobre a importância destes atendimentos, mas vamos priorizar todos os hipertensos e diabéticos, especialmente os de alto risco cardiovascular ou os que encontram-se descontrolado dessas doenças e os que não tem tido atendimento anteriormente dentro de um ano, mediante consultas e visitas domiciliares aos que não podem ir à unidade . Temos a proposta de adequar a ficha de hipertensos e diabéticos incorporando alguns parâmetros, para poder monitorar e coletar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto e melhorar o atendimento de uma forma muito mais organizada e dinâmica.

Estamos aguardando a disponibilidade de ASC para as microáreas sem cobertura, que por enquanto não temos data certa, mas, a partir desse momento queremos trabalhar na ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos.

5 Relatório da intervenção para gestores

A Hipertensão Arterial e Diabetes são doenças muito frequentes na nossa comunidade, e por isso é muito importante e de muita ajuda para nossos pacientes intervier sobre as mesmas.

É de muita importância ofertar um bom atendimento e com ótima qualidade para estes grupos de pacientes, já que dessa forma podem ser evitadas muitas complicações irreversíveis, e a morte por um seguimento sem qualidade nenhuma, evitando sofrimento desnecessário para eles e familiares, mas isso só pode ser implementado mediante ações desenvolvidas pela equipe, sem necessidade de depender da gestão do município.

Para aumentar a qualidade do atendimento, o melhor estado de saúde possível do nosso hipertenso e diabético, é preciso:

- Aumentar o cadastramento da população, pelos agentes comunitários de saúde (ACS) para ter certeza da quantidade de hipertensos e diabéticos.
- Aumentar os indicadores da atenção a estas doenças.
- Agendar as consultas programadas antes do usuário sair do posto, para lograr um bom estado de saúde dos mesmos.
- Formar um grupo de pacientes hipertensos e aumentar o número de usuários que participam do grupo de diabéticos.
- Implantar arquivo específico para os registros dos atendimentos realizados, para ter um melhor controle do seguimento destes usuários.

Antes da intervenção a Unidade de Saúde tinha cadastrados um total de 255 hipertensos para um 23% e 44 diabéticos para um 14%, ao completar as 12 semanas da intervenção logramos aumentar esse cadastro, tendo um resultado final de 180 hipertensos e 53 diabéticos para um aumento da cobertura em um 16,1 e 16,6% respectivamente.

Com a intervenção, na nossa unidade, foi possível melhorar a cobertura da atenção aos diabéticos e hipertensos, assim como uma melhor organização da equipe para os atendimentos destes usuários, dos registros de atendimento, com um maior controle da população alvo.

Este trabalho teve uma grande importância para a equipe de saúde já que propiciou uma melhor qualidade dos atendimentos clínicos dos dois grupos, exigindo a capacitação de todos os integrantes da mesma sobre estas duas doenças crônicas e freqüentes na população, reforçando assim o trabalho em conjunto com a gestão, que forneceu os instrumentos importantes para a realização deste trabalho como esfigmanometro, aparelhos para a realização de hemoglicoteste, folhas para impressão de fichas espelhos, protocolos de saúde impressos, e reorganizou

também de outros serviços de saúde como os laboratórios que foram primordiais neste trabalho, além da atenção que ofereceram para a equipe sempre que aparecia uma dificuldade no complemento do cronograma planejado.

A intervenção ajudou muito a melhorar o serviço, porque foi possível um melhor atendimento, mediante as avaliações dos requerimentos de atendimentos, registro dos acompanhamentos e agendamento de consultas realmente para os casos de maior vulnerabilidade, tendo em conta a classificação do risco cardiovascular. Acima de tudo foi possível com a intervenção organizar o serviço para qualificar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, começando ir ao encontro deles e recebê-los na unidade de forma contínua para estabelecer um acompanhamento a esses usuários.

O impacto do trabalho de intervenção, ainda é pouco percebendo pela população da área de abrangência da Unidade da Saúde, mas os hipertensos e diabéticos sentem grande satisfação pelo atendimento prioritário, isto, gera insatisfação dos outros usuários que não entendem o motivo desta priorização. Um dos objetivos nossos com este trabalho foi melhorar a cobertura do programa, mas ainda temos dificuldade neste sentido, pelo número importante de hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Para incorporar a intervenção na rotina do nosso serviço, vamos melhorar e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade sobre a importância destes atendimentos, mas vamos priorizar todos os hipertensos e diabéticos, especialmente os de alto risco cardiovascular ou os que se encontram descontrolado dessas doenças e os que não têm tido atendimento anteriormente dentro de um ano, mediante consultas e visitas domiciliares aos que não podem ir à unidade. Temos a proposta de adequar a ficha de hipertensos e diabéticos incorporando alguns parâmetros, para poder monitorar e coletar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto e melhorar o atendimento de uma forma muito mais organizada e dinâmica.

Estamos aguardando a disponibilidade de ASC para as micro áreas sem cobertura, que por enquanto não temos data certa, mas, a partir desse momento queremos trabalhar na ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos. E para isso é muito importante ter todos os instrumentos necessários de forma mantida

como os esfignomanômetros e aparelhos de hemoglicoteste, além das vagas para exames periódicos dos mesmos, que fica por parte da gestão.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Com a intervenção, na nossa unidade, foi possível melhorar a cobertura da atenção aos diabéticos e hipertensos, assim como uma melhor organização da equipe para os atendimentos destes usuários, dos registros de atendimento, com um maior controle da população alvo.

Este trabalho teve uma grande importância para a equipe de saúde já que propiciou uma melhor qualidade dos atendimentos clínicos dos dois grupos, exigindo a capacitação de todos os integrantes da mesma sobre estas duas doenças crônicas e freqüentes na população, reforçando assim o trabalho em conjunto com a gestão, que forneceu os instrumentos importantes para a realização deste trabalho e reorganizou também outros serviços de saúde como os laboratórios que era primordial neste trabalho. Para comunidade foi muito legal este trabalho porque ajudou a melhorar o estado de saúde, aumentando o conhecimento destas doenças e mudando estilos de vida, pela participação nas orientações na sala de espera em quanto aguardavam os atendimentos.

A intervenção ajudou muito a melhorar o serviço, porque foi possível um melhor atendimento, mediante as avaliações dos requerimentos de atendimentos, registro dos acompanhamentos e agendamento de consultas realmente para os casos de maior vulnerabilidade, tendo em conta a classificação do risco cardiovascular. Acima de tudo foi possível com a intervenção organizar o serviço para qualificar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, começando ir ao encontro deles e recebê-los na unidade de forma contínua para estabelecer um acompanhamento a esses usuários.

O impacto do trabalho de intervenção, ainda é pouco percebendo pela população da área de abrangência da Unidade da Saúde, mas os hipertensos e

diabéticos sentem grande satisfação pelo atendimento prioritário, isto, gera insatisfação dos outros usuários que não entendem o motivo desta priorização. Um dos objetivos nossos com este trabalho foi melhorar a cobertura do programa, mas ainda temos dificuldade neste sentido, pelo número importante de hipertensos e diabéticos sem cobertura.

Para incorporar a intervenção na rotina do nosso serviço, vamos melhorar e ampliar o trabalho de conscientização da comunidade sobre a importância destes atendimentos, mas vamos priorizar todos os hipertensos e diabéticos, especialmente os de alto risco cardiovascular ou os que se encontram descontrolado dessas doenças e os que não têm tido atendimento anteriormente dentro de um ano, mediante consultas e visitas domiciliares aos que não podem ir à unidade. Temos a proposta de adequar a ficha de hipertensos e diabéticos incorporando alguns parâmetros, para poder monitorar e coletar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto e melhorar o atendimento de uma forma muito mais organizada e dinâmica.

Estamos aguardando a disponibilidade de ASC para as microáreas sem cobertura, que por enquanto não temos data certa, mas, a partir desse momento queremos trabalhar na ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos. E para isso é muito importante ter todos os instrumentos necessários de forma mantida como os esfigmomanômetros e aparelhos de hemoglicoteste, além das vagas para exames periódicos dos mesmos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A intervenção cumpriu todas as minhas expectativas, porque foi desenvolvido conforme tinha previsto. Embora não estava acreditando que tudo daria certo nem que teria a ajuda de toda a equipe de trabalho, a intervenção demonstrou que o trabalho dos profissionais de saúde deve ser em conjunto para alcançar o melhor estado de saúde da população, e foi muito bom para aumentar essa conscientização em cada um dos integrantes da nossa equipe e os profissionais fora dela, incluídos os gestores.

O curso foi de muita utilidade para o meu desempenho profissional, porque o estudo permitiu fortalecer muito mais os conhecimentos que já tinha através das atividades desenvolvidas durante o período, proporcionou a interação com muitos profissionais mediante diálogos e fóruns, espaços ótimos para discussão de casos clínicos, e esclarecimento de dúvidas que surgem a cada dia no nosso trabalho. Tivemos grandes aprendizados sobre protocolos de atendimentos e doenças, como é o caso da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, que são de muita importância para a minha prática diária no posto de trabalho, já que a medicina requer estudo e aprendizagem contínuos, além da grande ajuda para planejar ações mediante as quais pode ser melhorada e qualificada a atenção médica. Para a equipe serviu para organizar melhor o trabalho sem a necessidade de deixar de fornecer um bom atendimento para o resto dos usuários e de outros grupos prioritários.

Para mim como pessoa foi muito legal o curso, nem só pela intervenção, também pelos conhecimentos fornecidos mediante este, com a realização de estudos das práticas clínicas e casos clínicos que serviram para reforçar os meus conhecimentos, no princípio foi um pouco complicado ter que lidar com uma língua totalmente desconhecida, mas essa dificuldade foi superada ao longo do tempo, e outra grande dificuldade foi realizar um curso de especialização a distância, já que

nunca tinha feito isso, estava acostumada com encontros presenciais, mas tudo isso foi superado sem contratempos, porque quando existe vontade e dedicação todos os obstáculos são superados.

Referências

Brasil. Cadernos de Atenção Primária: Rastreamento, Volume II, 1ª edição, Brasília-DF 2013, cap.6, p. 50-51.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção						Considere as pessoas que são APENAS HIPERTENSOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas esnelho / fichas sombra.
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	→	Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da						

*Estimativa no território

População total		→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	→	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Anexo C-Ficha espelho

FICHA ESPELHO

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Departamento de
Medicina Social



UFPEL

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
Endereço: _____ Telefones de contato: ____/____/____

Nome do cuidador: _____
 Necessita de cuidador? () Sim () Não Nome do cuidador: _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: / / Estatura: cm Perímetro Braquial: cm

[illegible][illegible]

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante